



State of California—Health and Human Services Agency  
**Department of Health Services**



**DIANA M. BONTÁ, R.N., Dr. P.H.**  
Director

**GRAY DAVIS**  
Governor

## **AVISO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD DE LOS PROGRAMAS PSCB Y EMSA Vigente a partir del 14 de abril de 2003**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE  
Y HACERSE PÚBLICA SU INFORMACIÓN MÉDICA,  
Y CÓMO PUEDE OBTENER USTED ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.  
POR FAVOR, REVISE DETALLADAMENTE ESTA INFORMACIÓN.**

### **USTED Y SU PRIVACIDAD**

El programa PSCB de médicos contratados y el programa EMSA de asignaciones para servicios médicos de urgencia deben mantener su información médica confidencial. Los médicos y las personas que trabajan con ellos nos envían información sobre usted cuando nos piden que aprobemos y paguemos la asistencia médica que usted recibe. PSCB/EMSA tienen la obligación de darle a usted este Aviso legal, indicarle que su información médica es confidencial, e informarle de sus derechos.

### **CAMBIOS AL AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD**

PSCB/EMSA deben obedecer las normas indicadas en este Aviso. Tenemos el derecho de cambiar nuestras normas de privacidad y utilizarlas con todos los documentos del programa, pero si hacemos algún cambio, volveremos a escribir este Aviso, y enviaremos una copia inmediatamente a todas las personas que reciben asistencia médica a través de los programas PSCB/EMSA.

## **CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DISTRIBUIR SU INFORMACIÓN**

- PSCB/EMSA deben obedecer las leyes sobre el uso y la distribución de la información personal. La información que tenemos sobre usted, como por ejemplo, su nombre, su dirección, datos personales, historial médico, y tratamientos que haya recibido, se utiliza y se distribuye principalmente por motivos relacionados con el pago de facturas a través de los programas PSCB/EMSA. Por ejemplo, utilizamos su información médica para comprobar si las leyes del programa permiten pagar la asistencia médica que usted recibe.
- Los programas PSCB/EMSA también pueden distribuir su información médica para manejar la asistencia de programas del gobierno, como por ejemplo, para pagar facturas o en los procesos de auditoría del programa.
- A veces, los programas PSCB/EMSA tienen que distribuir la información por orden legal, como por ejemplo en los casos de compensación al trabajador.

## **CUANDO SE NECESITA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO**

Los programas PSCB/EMSA tienen limitaciones para utilizar o distribuir su información. Si deseamos utilizar su información personal por razones no indicadas anteriormente, necesitamos obtener su autorización por escrito.

## **¿CUÁLES SON SUS DERECHOS LEGALES DE PRIVACIDAD?**

- Usted tiene derecho a pedir que no utilicemos o distribuyamos la información médica de su niño en los casos indicados anteriormente, pero puede que no podamos respetar sus deseos.
- Usted tiene derecho a pedir que sólo nos pongamos en contacto con usted por escrito, escribiendo a una dirección diferente, a un apartado de correos, o por teléfono. Aceptaremos cualquier solicitud razonable si es por razones de seguridad.
- Tiene derecho a ver y obtener una copia de la información que los programas PSCB/EMSA tienen sobre el niño. También pueden ver y obtener copias las personas legalmente autorizadas a actuar en su nombre (sus representantes legales). Estos programas tienen información sobre sus facturas médicas y sobre algunos datos sobre su salud, que utilizan para aprobar los servicios que usted necesita. Le enviaremos un formulario para que lo complete y tendrá que pagar una cantidad para que hagamos la copia y le enviemos los documentos.
- Usted tiene derecho a pedir que se cambie la información que tenemos sobre usted si cree que es incorrecta o incompleta. Podríamos negarnos a cumplir con su petición si la información no viene de nuestros programas o no la

mantenemos nosotros, o si ya está correcta y completa. Si se niega su petición, usted puede escribir una carta indicando que no está de acuerdo con nuestra decisión.

- Cuando los programas PSCB/EMSA utilizan su información médica por otros motivos que el pago de facturas o la auditoría, usted tiene derecho a pedir una lista de la información que hemos compartido, con quién, cuándo, y por qué motivo.
- Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso de prácticas de privacidad. También puede obtener una copia de este aviso en nuestra página de Web, en: [www.dhs.ca.gov](http://www.dhs.ca.gov)

**\*\*\*\*\* IMPORTANTE \*\*\*\*\***

**LOS PROGRAMAS PSCB/EMSA NO TIENEN COPIA COMPLETA DE TODOS SUS DOCUMENTOS MÉDICOS. SÓLO TIENEN INFORMACIÓN NECESARIA PARA PAGAR LAS FACTURAS QUE NOS ENVÍAN POR SUS SERVICIOS. SI DESEA VER, OBTENER UNA COPIA O CAMBIAR SUS DOCUMENTOS MÉDICOS, POR FAVOR PÓNGASE EN CONTACTO CON SU MÉDICO.**

## **¿CÓMO PUEDE PONERSE EN CONTACTO CON NOSOTROS PARA EJERCER SUS DERECHOS?**

Si desea hacer uso de sus derechos de privacidad explicados en este Aviso, por favor, llámenos o escribanos a:

**Privacy Officer**  
CA Department of Health Services  
P.O. Box 942732  
Sacramento, CA 94234-7320  
(916) 255-5259 ó (877) 735-2929 TTY/TDD

## QUEJAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad y desea presentar una queja, puede llamar o escribir a:

**Privacy Officer**  
CA Department of Health Services  
P.O. Box 942732  
Sacramento, CA 94234-7320  
(916) 255-5259 ó (877) 735-2929 TTY/TDD

O

**Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services**  
Office for Civil Rights  
Attention: Regional Manager  
50 United Nations Plaza, Room 322  
San Francisco, CA 94102  
Para más información, llamar al (800) 368-1019  
o a la  
U.S. Office for Civil Rights, al (866) OCR-PRIV (866)-627-7748  
o al (866) 788-4989 TTY/TDD

## SIN REPRESALIAS

No podemos negarnos a pagar sus facturas ni tomar represalias contra usted de ninguna manera, si usted presenta una queja o utiliza los derechos de privacidad presentados en este Aviso.

## PREGUNTAS

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, o si desea más información, póngase en contacto con el Privacy Officer, California Department of Health Services, escribiendo o llamando a la dirección y al número indicados anteriormente.

**Para obtener una copia de este aviso en otros idiomas, en Braille, en letra grande, en audiocassette o en disquete de computadora, por favor llame o escriba al Privacy Officer, al número y la dirección indicados anteriormente.**